

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 61

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

L'OPÉRATION DE MULLER

DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

Philippe-Camille BONAVIDA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MONACO (Principauté de Monaco), le 30 décembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 61

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE MULLER
DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

Philippe-Camille BONAVIDA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MONACO (Principauté de Monaco), le 30 décembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale.....	N
id.....	CASSAET.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
id.....	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON
Hygiène.....	AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Clinique gynécologique.....	GUYÔT.
Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRÛCHET.
Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie.....	DUBEQ.
id.....	DUFOUR.
Histologie.....	LACOSTE.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
Médecine générale.....	GREYX.
id.....	N.
id.....	AUBERTIN.
id.....	DAMADE.
id.....	PIÉCHAUD.
id.....	DELMAS-MARSALET.

MM.

Maladies mentales.....	PERRENS.
Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	JEANNENEY.
id.....	CHARRIER.
id.....	LOUBAT.
Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.
Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Pharmacie.....	GOLSE.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.

MM.

Puériculture.....	FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Afin qu'ils trouvent ici l'expression de
toute mon affection et de ma reconnaissance.

A MON FRERE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

En hommage délérent.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPÉRATION DE MULLER

DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

AVANT-PROPOS

A la suite de lectures faites à ce sujet, nous avons été frappé de l'unanimité avec laquelle les auteurs la pratiquant couramment vantent les mérites de l'opération de Muller. Venant après les conclusions de maîtres aussi expérimentés, notre plaidoyer paraîtra sans doute d'une essence bien modeste; nous osons néanmoins solliciter toute l'indulgence pour les efforts à apporter à l'édifice scientifique ces quelques menus graviers.

A Bordeaux, l'opération de Muller n'est pas une banalité, et, dans les services chirurgicaux, au cours de nos stages, nous n'eûmes jamais l'occasion de voir « faire un Muller ».

M. le Professeur Guyot, à la clinique André-Boursier, nous a habitué au cloisonnement élargi. Et si, au procédé de Muller, radical, un peu brutal, en somme germanique, notre Maître a préféré le « colpectomie avec canaux de sécurité »,

c'est que cette méthode — son appellation elle-même l'indique — est à la fois élégante et prévoyante : toutes les qualités de l'esprit clinique français.

M. le Professeur Guyot nous pardonnera cette incursion dans ses opinions : il sait que seule une attention respectueuse et assidue a pu faire de celles-ci nos compagnes familières.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Afin d'éviter aux femmes âgées porteuses de prolapsus une opération choquante, P. Muller, de Berne, fit connaître en 1896, à une réunion de la Deutsche Naturforsch Gesellschaft, le procédé opératoire qui, dès lors, porte son nom. Alors qu'à l'étranger les observations se multipliaient, il faut attendre 1906 pour trouver des relations de colpectomies totales dans la littérature médicale française. A Savariaud revint l'honneur de publier les deux premiers cas de cette opération « si séduisante ». Il en est resté le plus ardent défenseur.

Au Congrès de gynécologie d'Alger (1907), Delanglade fait l'éloge de l'opération de Muller; il ne l'a du reste pas encore essayée. La même année, Vignard, de Nantes, publie 4 nouvelles colpectomies totales suivies d'heureux résultats. La thèse de Gaston (1910) y ajoute une nouvelle observation de Papin. Une malade colpectomisée est présentée par Savariaud en 1919 à la Société de chirurgie; le résultat opératoire est excellent, comme dans les observations publiées antérieurement. Puis les thèses de Delivet (1919-1920) et de Jacob (1921), élève de Savariaud, apportent de nouveaux cas à la statistique. Au Congrès de chirurgie, 1923, l'opération de Muller est l'objet de discussions.

Enfin, en 1929, Jagot vient apporter 43 observations et une modification de la technique, due au Docteur Gaudin, qui permet d'étendre l'opération de Muller aux prolapsus incomplets.

CHAPITRE II

LA TECHNIQUE OPERATOIRE

Le principe de l'opération de Muller est de donner à l'utérus un support direct en remplaçant le vagin par une colonne fibreuse, colonne de tissus cicatriciels obtenue en avivant les parois vaginales et en les suturant. Du vagin ainsi oblitéré il ne reste plus qu'un cul-de-sac minime. Bien des auteurs ont modifié cette technique quant à son exécution elle-même, d'autres en y adjoignant un acte opératoire complémentaire, hystérectomie, périnéorrhaphie.

La description suivante du *Manuel opératoire* est empruntée à MM. Dujarrier et Larget :

« On place une pince à abaisser sur chacune des lèvres du col, et, en tirant sur ce dernier, on fait sortir le prolapsus au maximum.

On trace alors au bistouri une incision circulaire passant à un travers de doigt du méat urinaire en avant, de la fourchette en arrière, de la vulve sur les côtés. Cette incision doit intéresser toute la paroi vaginale et ouvrir le plan de clivage séparant ce dernier de la vessie en avant, du rectum en arrière. Pour faciliter cette section, il faut toujours tendre et bien voir la partie qu'on incise. De judicieuses tractions exercées sur les pinces fixées au col permettent d'obtenir facilement ce résultat.

Avec un peu d'habitude, on arrivera à faire cette section rapidement et complètement. Il est indispensable que la section du vagin soit complète si on veut dépouiller facilement le prolapsus. Si des brides de la muqueuse vaginale existent

encore, on ne tombe pas franchement dans le plan de clivage, et l'opération devient pénible et sanglante. L'incision circulaire une fois faite, on branche sur elle, en avant et en arrière, deux incisions longitudinales qui arrivent jusqu'à quelques centimètres du col. Comme l'incision circulaire, les deux incisions longitudinales doivent intéresser toute la paroi vaginale.

On saisit alors avec une pince un des angles du vagin, et, exerçant des tractions aidées de quelques coups de pointe, on arrive à isoler complètement une des moitiés du vagin. Dans d'autres cas faciles, on obtient ce résultat par de simples tractions : le vagin s'enlève comme une peau de lapin. Dans certains cas, surtout s'il y a des ulcérations de la muqueuse, le décollement est plus pénible et nécessite l'emploi de la pointe du bistouri. C'est dans les culs-de-sac latéraux que l'adhérence est maxima; à ce niveau on doit toujours procéder avec douceur et circonspection. On sectionne d'habitude à cet endroit les vaisseaux, qui donnent en jèt et qu'il est bon de pincer et lier.

Lorsqu'une des moitiés du vagin est ainsi décollée, on la sépare du col par un coup de ciseaux ou de bistouri. On recommencera la même manœuvre du côté opposé. Si l'on perfore le vagin en le décollant, il faut prendre grand soin de ne pas laisser de petits fragments de muqueuse adhérer à la surface que l'on dépouille. Avant de passer au temps suivant, il est bon de décoller la vessie avec un tampon, en avant; en arrière pour le rectum cela est inutile.

On enfouit progressivement l'utérus sous une série de sutures au catgut, soit à points séparés, soit en surjet. Deux ou trois séries de sutures suffiront en général à réduire tout le prolapsus. L'aiguille de Reverdin ne doit être perforante ni du côté du rectum, ni du côté de la vessie, ce qui est facile en raison de l'épaississement des tissus, dû au prolapsus.

L'hémorragie est en général minime, surtout lorsqu'on a bien pris le plan de clivage, et l'on peut parfois terminer l'opération sans lier un vaisseau.

Dans certains cas, les artérioles donnent en jet; il ne faut pas hésiter à les oblitérer par un fin catgut.

On termine en suturant en arrière la collerette vaginale. Au centre sort le faisceau de crins.

A côté de cette minutieuse description de la technique de Muller, il nous faut mentionner des variétés de ce procédé.

L'une est due à Wormser; elle permet d'appliquer le principe de l'opération de Muller aux prolapsus incomplets.

Cet auteur découpe sur le prolapsus sorti au maximum un losange dont le grand axe, dirigé du méat urinaire à la fourchette, passe par le col, qui constitue le centre de figure. La plaie losangique ainsi produite est suturée après refoulement de l'utérus dans le pelvis; elle formera après cicatrisation un anneau fibreux qui soutiendra la matrice. Ainsi Wormser évitait la dissection des culs-de-sac latéraux du vagin; dans les prolapsus complets, nous avons vu que ce temps opératoire est très délicat; à fortiori l'est-il dans les formes incomplètes.

Savariaud dit avoir pratiqué cette technique avec succès, néanmoins, elle semble délaissée.

Jagot expose une autre variante du procédé, due au Docteur Gaudin, et permettant elle aussi d'étendre la colpectomie totale aux prolapsus incomplets. Nous citerons *in extenso* la description qu'il en fait :

« Le prolapsus étant extériorisé au maximum par une pince à abaisser fixée sur le col, une incision circulaire est pratiquée à 2 centimètres du canal cervical. Sur cette incision, on en branche quatre autres longitudinales : antérieure, postérieure et latérales, se prolongeant jusqu'à 2 travers de doigt de la limite de la muqueuse vaginale. On se rend compte, en effet, que des tractions judicieusement exercées sur la pince à abaisser déroulent suffisamment la portion du cul-de-sac qui correspond à chaque incision, pour permettre un tracé facile, alors qu'on avait grand-peine et non sans danger à insinuer la pointe du bistouri sur le versant externe du cul-de-sac pour y décrire une incision circulaire.

» La muqueuse vaginale est ainsi divisée en quatre zones. Chaque lambeau est disséqué du sommet du prolapsus à sa base. Une pince en coin fixée sur le lambeau l'étire et présente à plat la portion muqueuse, qui, normalement, fait partie du cul-de-sac; une incision transversale, unissant les extrémités des incisions longitudinales, achève de les libérer.

» Même opération pour les trois autres lambeaux. »

On voit en définitive que ce procédé est simplement celui de Muller exécuté en sens inverse. Le Docteur Gaudin opère quatre prolapsus incomplets de cette façon avec plein succès.

A l'opération de Muller, certains auteurs, Savariaud entre autres, adjoignent une périnéorrhaphie, « et toujours, dit-il en 1923, avec les meilleurs résultats » :

- 1° parce qu'elle consolide la suture vaginale antérieure;
 - 2° parce que, en ramenant la commissure postérieure de la vulve au voisinage de l'urètre, elle augmente la profondeur du vagin et le rend propre au coït.
-

CHAPITRE III

DANS QUELLES CONDITIONS DOIT-ON PRATIQUER LA COLPECTOMIE TOTALE ?

A. — SES INDICATIONS.

La colpectomie totale est l'opération de choix pour « les prolapsus des femmes âgées ayant abdiqué ».

Cette phrase résume toutes les indications de la colpectomie totale :

- 1° la malade doit avoir franchi la ménopause : on ne peut évidemment pas enfermer dans le pelvis un utérus sécrétant périodiquement;
- 2° la malade doit renoncer à tout rapport sexuel.

Ceci posé, encore faut-il que l'utérus soit en bon état : infection, dégénérescence cancéreuse, doivent être soigneusement dépistées. L'infection, fait remarquer Jacob, est rare dans ces utérus prolapsés; ils se drainent en effet admirablement. Quant au suintement que l'on constate à l'orifice du col, il est presque toujours d'origine irritative, dû au frottement: il cède au repos complet et à quelques jours de soins hygiéniques rigoureux.

De l'avis de tous les opérateurs, le prolapsus complet est la forme la plus favorable à l'opération de Muller. On peut, nous l'avons vu, intervenir sur des formes incomplètes, mais l'opération est plus délicate.

Comment se présentent ces prolapsus complets ?

Ce sont souvent de vieilles affections datant de dix, quinze,

vingt ans même. On s'étonnera que les malades aient pu supporter si longtemps cette grosse masse d'aspect si gênant. Femmes du peuple, généralement, par insouciance ou par nécessité, elles contractent l'habitude de cette infirmité.

Cependant, le manque de soins, le frottement constant, amènent une irritation du prolapsus; la douleur pousse la malade vers le médecin.

On peut voir, sortant de la vulve, une grosse masse constituée par les parois du vagin éversé et renfermant l'utérus. La muqueuse vaginale, bien souvent, est durcie, comme tannée; par places, elle présente des zones inflammatoires violacées; sur le col, on trouve presque toujours une ou plusieurs ulcérations.

A l'orifice du col, un suintement jaunâtre.

On ne peut pas intervenir sur un prolapsus en cet état.

B. — SOINS PRÉOPÉRATOIRES.

Le prolapsus est réduit, maintenu au moyen d'un bandage; la malade est maintenue au lit pendant quelques jours. Il ne faut pas abuser du lit, cependant, chez des sujets âgés, et les vingt à vingt-cinq jours exigés par Jacob nous semblent dangereux.

Jagot préconise l'opération immédiate, sans réduction et repos préalable; ce qui nous paraît un excès contraire.

Chaque jour, savonnage à l'eau tiède et séchage soigneux. On peut utiliser une solution désinfectante, iodée par exemple.

Il est recommandable d'assurer la vacuité intestinale par des laxatifs légers administrés deux ou trois jours avant l'opération.

C. — ANESTHÉSIE.

Le choix de l'anesthésie pour cette opération a une importance particulière. D'abord, parce que le chirurgien a des malades âgés, dont l'organisme n'est pas en parfait état; le

muscle cardiaque en particulier est souvent déficient (cœur mou, bruits assourdis).

En outre, sans dire, comme Richelot : « ces ptosiques sont de vieilles folles », il est certain qu'elles présentent bien souvent des troubles psychiques évidents : agitation, anxiété. Notre observation montre qu'une de ces malades, au cours d'excitation postopératoire, arracha pansement et sonde ; le cloisonnement élargi pratiqué céda.

Aussi vaut-il mieux éviter l'anesthésie générale choquante dans certains cas, difficile à donner chez les nerveuses.

L'anesthésie rachidienne, employée presque pour toutes les opérations de Muller, n'a donné que de bons résultats. Les deux opérées de M. le Professeur Guyot ont été anesthésiées à la syncaïne.

L'anesthésie locale semble être le meilleur moyen. Elle présente en effet le triple avantage : d'être sans danger, de soufler la paroi muqueuse et d'en faciliter la dissection, enfin d'assurer une hémostase parfaite pendant toute la durée de l'opération.

Son unique inconvénient est d'allonger la durée de l'opération.

CHAPITRE IV

SUITES OPERATOIRES

A. — SOINS POSTOPÉRATOIRES.

On fait généralement des lavages quotidiens à l'eau stérile ou à l'aide d'une solution iodée; pour certains, ces lavages sont inutiles; ils les remplacent par une simple toilette extérieure.

Il est nécessaire de sonder la malade pendant quelques jours, pour éviter tout contact entre l'urine et la plaie vaginale. On pourra, de même, constiper la patiente quelques jours après l'opération.

Lorsqu'aucune complication n'intervient, la patiente pourra se lever vers le quinzième jour.

B. — COMPLICATIONS.

Les complications opératoires sont de deux ordres : la récurrence et l'infection.

Muller signale un cas de récurrence chez une femme atteinte de métrite, qu'il négligea de curetter; d'où infection de la plaie, qui céda.

Le même auteur cite une infection péritonéale chez une de ses opérées qui, atteinte de démence sénile, avait arraché son pansement et infecté la plaie vaginale.

Ce sont là les seules complications (récurrences et infection) signalées; elles ne sauraient être imputables au procédé lui-

même, mais à des circonstances fortuites, indépendantes de l'acte opératoire.

Dujarrier rapporte un cas de rectocèle survenu chez une femme opérée d'un volumineux prolapsus complet.

Un accident signalé assez fréquemment c'est un petit hémato-me qui peut s'infecter et donner des poussées fébriles, sans gravité du reste. Pour l'éviter, il suffit de drainer avec une anse de crins.

C. — RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS.

Comment se comporte la suture vaginale de Muller ?

Voici ce qu'en disent MM. Dujarrier et Larget : « Au niveau du vagin cruenté, il se forme une bague fibreuse, de hauteur variable, et s'opposant à la récurrence... l'aspect est toujours le même : un canal fibreux solide a remplacé le vagin; il ne se produit aucune saillie lorsqu'on fait pousser la malade. »

Savariaud, cependant, a constaté que certaines de ces cicatrices fibreuses bombaient sous l'effort; elles opposaient néanmoins un obstacle satisfaisant à la récurrence.

En 1921, Jacob faisait une statistique des résultats de l'opération de Muller :

Muller, Wormser, Bielhy, Fellemborg, Krukowa,
23 opérations;
Freund, 3;
Stokes, 4;
Broen, 1;
Cumston, 3;
Clinique de Doeglin, 20;
Savariaud, 10;
Michon, 1;
Dujarrier, 3;
Flanz, 8;
Papin, 4;
Brum, 1.

Sur ces 77 opérations, *un seul insuccès*, celui que nous avons cité plus haut, une mort.

Cette statistique est vieille sans doute, cependant en 1923 Savariaud dit : « depuis la thèse de Jacob, j'ai fait d'autres colpectomies, toutes avec un résultat immédiat et éloigné excellent. »

En 1925, Dujarrier dit avoir obtenu, sur 15 colpectomies, 15 succès.

Jagot, en 1929, présente 43 opérations de Muller : pas un insuccès.

Les 93 p. 100 de succès attribués par M. Bégouin à la colpectomie totale ne sont pas excessifs, et c'est à juste titre qu'au Congrès de chirurgie de 1923, il rend hommage à Muller et Savariaud, qui ont fait connaître cette « précieuse opération ».

CHAPITRE V

SES AVANTAGES ET SES INCONVENIENTS

A. — LES AVANTAGES.

On oppose généralement à l'opération de Muller le cloisonnement élargi; nous allons esquisser un parallèle entre ces deux méthodes opératoires :

1° Le cloisonnement élargi comporte un acte opératoire beaucoup plus important (curettage, avivement des muqueuses, périnéoplastie);

2° L'avivement des muqueuses est délicat et minutieux, car les avivements postérieurs et antérieurs doivent concorder parfaitement sous peine de non-coaptation.

Donc, pour l'opération de Muller, simplicité et facilité plus grandes, facteurs excessivement importants chez ces vieilles ptosiques, « qui, dit Jacob, par leur état d'agitation, rendent souvent vaines les opérations ingénieuses et compliquées ». Tel est le cas que nous rapportons (obs. VI), où le cloisonnement élargi a lâché; peut-être un « Muller » aurait-il mieux tenu.

Du fait d'un acte opératoire moins important, l'opération de Muller, enfin, est une opération bénigne.

Boreq et Nora prétendent le contraire : en raison de l'hémorragie entraînée par la dissection des culs-de-sac vaginaux, la colpectomie totale serait une opération plus choquante.

Cette opinion est loin d'être universellement admise.

Dernier point à considérer : les soins préopératoires.

Alors que le cloisonnement élargi nécessite une désinfect-

tion, une décongestion absolue du prolapsus, nous avons vu que Jagot cite des interventions sur des prolapsus ulcérés, après simple cautérisation de l'ulcération à l'iode. Preuve que, sans toutefois le pousser à l'extrême, l'on peut, grâce à la colpectomie totale, réduire considérablement le long séjour au lit imposé par le cloisonnement élargi.

Et pour les malades âgées, ce n'est pas là un des moindres avantages de cette méthode.

Enfin, le fait que, après certains échecs de la méthode de Lefort (cloisonnement), des auteurs expérimentés comme Chavannaz, Hartman, Juvara, ont recommandé une opération moins économique quant à la résection de muqueuse vaginale ne plaide-t-il pas en faveur de l'opération de Muller, qui résèque la muqueuse entière ?

B. — SES INCONVÉNIENTS.

Au Congrès de chirurgie 1923, M. le Professeur Bégouin a résumé en ces termes les reproches que l'on peut adresser à l'opération de Muller :

« On répugne à abandonner dans les profondeurs du pelvis un utérus désormais sans communication avec l'extérieur. Bien que sénile et atrophie, cet utérus peut encore sécréter; et si, par hasard, il devient cancéreux, quel signe pourra prévenir pour permettre d'agir à temps ? »

Ces deux arguments sont de poids, d'autant que M. Bégouin cite un cas de cancer développé après un cloisonnement élargi. Que serait-il advenu si l'on avait fait une colpectomie totale ?

Par une chance extraordinaire, cette éventualité n'a pas encore été signalée chez les sujets opérés selon la méthode de Muller; cela, évidemment, ne prouve rien, et cette possibilité d'un cancer indécélable demeure menaçante pour les colpectomisées.

L'utérus sécrète-t-il encore après la colpectomie totale ? Pour beaucoup d'auteurs, l'origine de ces sécrétions est liée à une inflammation de la muqueuse du col. Après la suppres-

sion de celle-ci, les sécrétions tarissent. L'amputation du col serait un facteur important de l'atrophie utérine.

Le fait qu'aucun cas de sécrétion utérine après colpectomie n'a été signalé semble venir à l'appui de cette hypothèse.

L'opération de Muller ne peut servir pour les femmes « n'ayant pas abdiqué ». Quelques-unes ne peuvent s'y résoudre. « Et cependant le vagin élargi et trop spacieux de ces vieilles femmes rend le coût bien illusoire, conclut Savariaud, d'autant plus qu'il est souvent empêché par le port d'un énorme pessaire ».

Aussi ne rencontre-t-on que de rares résistances : la plupart sacrifient volontiers à la guérison leur privilège.

« Quand le petit dieu Eros a déserté ses autels, ne peut-on pas sans regrets fermer les portes du Temple. »

CHAPITRE VI

L'OPERATION DE MULLER EST-ELLE SUFFISANTE

Nous avons vu, à propos de la technique opératoire, comment certains auteurs complétaient la colpectomie par des opérations auxiliaires, sans altérer cependant « le Muller », qui demeure le temps essentiel de l'intervention.

Selon Savariaud, la périnéorrhaphie ne donnerait que d'excellents résultats : « Chaque fois que je le pourrai, dit-il, à l'opération de Muller je joindrai une périnéorrhaphie. »

Dujarrier, au contraire, juge cette intervention inutile sur des releveurs en grande partie atrophiés. Ses résultats n'en sont pas moins bons.

Prenant partie dans ce débat, nous nous rangerons du côté de M. Dujarrier : il vaut mieux ne pas ôter à l'opération de Muller sa belle simplicité.

Les trois colpectomies que nous mentionnons ont été faites sans périnéorrhaphie; les conséquences en sont satisfaisantes.

Quant à l'hystérectomie préalable, son emploi systématique ne saurait trouver de nombreux partisans; par son action, en effet, l'intervention devient grave, supprimant ainsi à la malade tout le bénéfice de la colpectomie totale, en elle-même inoffensive.

L'hystérectomie aura simplement son usage lorsque l'utérus ne saurait, sans danger, être enfermé dans la cavité pelvienne (du fait de l'infection, soit d'une tumeur, ou encore que la patiente n'ait pas franchi la ménopause).

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(SAVARIAUD, in thèse Jacob, 1921.)

Prolapsus complet avec ulcération du col.

M^{me} A... (H.), 60 ans.

Le 29 août 1918 à Tracy-sur-Mer (Calvados), sous anesthésie générale au chloroforme, colpectomie totale et périnéorraphie. Incision circulaire à la base du prolapsus et longitudinale antérieure pour faciliter le dépouillement. La dissection s'accomplit avec facilité sans hémorragie notable. Dépouillement du col, incision bilatérale, ablation de la muqueuse cervicale et suture. Suture en bourse au catgut et fermeture du vagin au-dessous de la vessie. On termine par une colpoperinéorraphie en suturant le corps périnéal avec un catgut et des crins perdus. Suture du lambeau vaginal au catgut et de la peau aux crins. Une sonde de Pezzer dans la vessie.

Résultats immédiats parfaits : vulve d'aspect infantile; le périnée arrive presque au niveau du méat urinaire, le vagin est réduit à un cul-de-sac de 4 à 5 centimètres.

Le 22, les fils sont enlevés, ainsi que la sonde de Pezzer.

Le 27, la cicatrisation est complète : vulve infantile, périnée mesurant 6 centimètres de haut très muselé.

Le 22 mai 1919, neuf mois après, le résultat se maintient excellent.

OBSERVATION II.

(Docteur LERAT, *in* thèse JAGOT, 1929.)

M^{me} C... (R.), 63 ans, opérée à 58 ans d'un néo du sein.

Prolapsus complet qui s'est constitué en cinq ans. Le col est suintant, ulcéré, au point que le médecin avait posé le diagnostic de cancer du col et préconisé des applications de radium.

Opérée le mois de novembre 1928.

Anesthésie locale par infiltration sous-muqueuse. On emploie la solution de novocaïne à 1/200. L'œdème artificiel créé par l'infiltration décolle, souffle la muqueuse et facilite grandement l'opération.

Suites opératoires immédiates; au dixième jour, on note l'évacuation d'un petit hématome, sans élévation de température. Tout rentre dans l'ordre, et la malade sort de la clinique le dix-huitième jour.

OBSERVATION III.

(Docteur GAUDIN, *in* thèse JAGOT, 1929.)

M^{me} F..., 60 ans, quatre accouchements, le dernier très laborieux : enfant mort-né.

Début du prolapsus remontant à quinze ans environ.

Depuis huit ans, époque de la ménopause, le prolapsus augmente de volume. La malade éprouve une gêne de plus en plus marquée et se plaint de maux de reins violents. C'est en vain qu'elle a cherché un soulagement dans l'usage de pessaires.

Examen. — On voit, faisant hernie entre les lèvres, une tumeur de la grosseur d'un poing, d'aspect violacé; le prolapsus est total en avant et sur les côtés, surtout si l'on exerce une traction sur le col. Du côté rectal, il reste un cul-de-sac profond de quelques centimètres que l'on ne peut déplisser complètement.

Opérée le 5 juin 1929, Muller modifié sous rachianesthésie.

Suites immédiates. — Normales.

Suites éloignées. — La malade n'a pu être revue.

OBSERVATION IV.

(DESMARETS, *in* thèse DELIVET, 1919.)

M^{me} S..., 49 ans, 2 enfants; au premier accouchement, déchirure large, qui n'a pas été suturée.

En juin 1914, la malade présente des symptômes d'un prolapsus pour lequel, un an après, une opération est faite dans un hôpital : colpopérinéorraphie ; huit jours après sa sortie de l'hôpital, la malade constate que l'opération n'a amené aucun changement dans son état; le prolapsus s'est reproduit, la chute des parois vaginales s'accroît, le vagin est retourné en doigt de gant, le col et les portions attenantes sont siège d'ulcérations assez étendues. Dans l'effort, la toux, le prolapsus se tend, la malade ne peut plus marcher que munie d'un pansement; bref son état est tel qu'elle demande la guérison à n'importe quel prix.

On peut réduire aisément l'organe retourné, mais la lésion se reproduit dès qu'on cesse de refouler les parois vaginales.

Pas de douleurs à la miction, pas de troubles urinaires; douleurs lombaires tenaces et persistantes.

Au toucher, on ne sent pas les bandes des muscles releveurs; je propose à la malade une nouvelle colpopérinéorraphie sans pouvoir lui donner l'assurance qu'elle sera complètement et définitivement guérie.

Cette opération, à laquelle je voulais adjoindre la ventro-fixation, est refusée par la malade, qui craint une récurrence.

Dans ces conditions, je lui expose qu'elle peut être guérie par une colpectomie totale, mais que son âge m'éloigne d'une telle mutilation.

A la demande de la malade qui l'exige de moi, je pratique le 28 mars 1918 une hystérectomie vaginale suivie d'une colpectomie totale.

Opération (le 28 mars 1918). — Anesthésie à l'éther, technique habituelle. Particularités : on a une certaine difficulté, en raison des adhérences créées par l'opération antérieure, à décoller les

parois du vagin; on arrive cependant à décoller toute la poche vaginale, à l'exciser, mais les tissus muqueux saignent abondamment. Suture des parois vaginales sur la ligne médiane et verticale. On est obligé, à la partie centrale, de laisser un tampon, à cause d'une petite artériole qui saigne abondamment dans le fond.

Suites. — 30 mars, ablation de la mèche; il s'écoule du sang noirâtre; lavages, pansements à plat.

Le 1^{er} avril, on constate un peu de sphacèle de la suture. La malade est sondée pendant les premiers jours. Les cathétérismes entraînent des douleurs vésicales assez vives.

Sortie le 18 avril, vingt et un jours après l'opération.

Suites éloignées. — La malade est tout à fait bien; elle a repris sa vie normale, ses douleurs ont disparu.

Localement, état parfait. La muqueuse vaginale forme une sorte de cloison plane sur laquelle butte immédiatement le doigt; il n'y a pas eu de rétraction du tissu vers le haut; il n'y a plus de cavité vaginale. Sous l'effort, le plan vaginal résiste sans aucune tendance à s'abaisser ni à s'affaïssir.

La malade est tout à fait satisfaite de son état.

OBSERVATION V.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

M^{me} T... (M.), 68 ans, ménagère.

Entre dans le service le 22 décembre 1923.

Deux grossesses normales, accouchements sans déchirure, lever vers le dixième jour.

Ménopause à 48 ans.

Il y a treize ans environ, elle commença à ressentir une douleur au niveau de la fosse iliaque droite; douleur imprécise et d'intensité variable. Un an après, celle-ci siège dans le bas-ventre; en même temps le prolapsus paraît. On lui pose un pessaire à tige. Ce prolapsus, depuis trois ans, est allé s'aggravant. Il y a un mois, apparition d'une métrorragie (sang noir) qui a duré un jour.

Actuellement, prolapsus du troisième degré avec cystocèle et rectocèle. Ulcération siégeant au niveau de la face antérieure et moyenne du col prolabé, tumeur d'aspect polypoïde sortant par son orifice. Utérus paraissant congestionné, surtout au niveau du segment inférieur; à la palpation, on sent un noyau dur du volume d'une noix dans la partie postérieure du col.

Réductible, le prolapsus se reproduit spontanément.

Opération de Muller le 27 décembre.

1° Désinfection au goménol;

2° Dissection de deux quartiers supérieurs avec deux incisions circulaires, l'une à la périphérie, l'autre au centre du prolapsus, à 1 centimètre de l'orifice cervical cautérisé au thermocautère; hémostase de chaque quadrant au fur et à mesure de la dissection;

3° Dissection de deux quadrants inférieurs, ouverture partielle du cul-de-sac péritonéal; hémostase;

4° Refoulement de l'utérus avec une compresse;

5° Suture par points séparés de la muqueuse du vestibule. Suture en T renversé à branche antérieure verticale, postérieure horizontale.

Drain n° 5 dans la partie verticale de la suture vaginale, sonde de Pezzer, désinfection au goménol.

Opération faite sous rachi-anesthésie (syncaïne, 0,07 cg.).

Guérison *per primam*.

La malade est sortie le 1^{er} février 1926.

Revue, la malade est en parfait état; le résultat éloigné est excellent: l'utérus est silencieux, la femme ne souffre pas et est guérie de son infirmité.

OBSERVATION VI.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

M^{me} F... (M.), 73 ans, entrée dans le service le 14 mai 1925.

On note dans ses antécédents 7 grossesses arrivées à terme et s'échelonnant de deux ans en deux ans de 28 à 42 ans. Pas de complications ni de déchirures du périnée, mais lever précoce entre le cinquième et le vingtième jour pour reprendre son travail.

Le prolapsus apparaît en 1914; à cette époque, il n'est pas gênant; néanmoins, il augmente jusqu'en 1923. A cette date, elle va consulter un médecin : pose d'un pessaire, injections; le pessaire est expulsé deux mois après, et la malade se croit guérie. Il y a deux mois, petites hémorragies. Elle présente en outre des troubles dyspeptiques.

A l'examen. — Prolapsus total réductible, mais se reproduisant immédiatement, même en décubitus dorsal, et ne se réduisant pas spontanément. La paroi vaginale recouvrant le corps et le col est épaissie, presque cutanée; le col est très volumineux, rouge, présentant de larges ulcérations suintant très peu et ne saignant pas. Pas de points indurés. Les culs-de-sac sont réduits, mais souples. Rien du côté de l'abdomen.

Opération (le 6 juin). — Cloisonnement élargi du vagin; opération facile.

Après l'opération, la malade est très indocile et s'agite beaucoup, déplaçant sonde et pansement. Pas de complications infectieuses, mais la récurrence a lieu rapidement.

On la prépare à une nouvelle intervention.

Le 11 juillet, opération de Muller.

Les deux plans d'avivement ont complètement lâché; l'intervention est rendue difficile par la présence de tissu cicatriciel. Libérant la paroi vaginale postérieure, on ouvre largement le cul-de-sac péritonéal, qui descend très bas. Celui-ci est suturé en bourse aussi haut que possible. On laisse un petit couloir vaginal, et on referme en laissant une très petite collerette vaginale.

Rachi-anesthésie à la syncaïne (0,07 cg.).

Sort guérie le 12 août 1925.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

M^{me} X..., 67 ans, a subi trois interventions successives pour prolapsus. Revient après une triple opération française pratiquée six mois auparavant par un autre chirurgien.

Prolapsus complet récidivé; col en bon état.

Après préparation diète, régime lacto-végétarien, purgations répétées, M. le Professeur Guyot pratique à la Maison de santé Elie-Gintra : **Une opération de Muller typique.**

Sous anesthésie générale.

Suites tout à fait normales.

La malade, opérée depuis quatre ans et revue depuis, est guérie et en parfait état.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

Après l'opération, la malade a été soumise à un régime lacto-végétarien, à des purgations répétées, et à des injections vaginales.

CONCLUSIONS

Une suture complète du vagin, qui, remplacé par un processus fibreux cicatriciel, soutiendra l'utérus, telle est l'opération de Muller.

Cette intervention, étant restreinte aux femmes âgées ayant abdiqué, présente trois qualités qui sont le propre de toute bonne opération :

- 1° *Elle est simple;*
- 2° *Elle est bénigne;*
- 3° *Elle est efficace.*

« Si bien, dit Dujarrier, que, tandis qu'autrefois nous redoutions ces énormes prolapsus des vieilles femmes, nous les recherchons aujourd'hui à cause de la certitude que nous avons de pouvoir les guérir par une opération bénigne et facile. »

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMENTROUT. — Opération in patient part menopause for uterus prolapse. *The Thour Iowa Medic. Soc.*, oct. 1927.
- AUSTRY. — Contribution à l'étude du traitement des prolapsus génitaux et du cloisonnement du vagin en particulier. Thèse Bordeaux, 1923.
- AUTIFAYE. — Traitement chirurgical des grands prolapsus utérins. *Arch. Prev. de chir.*, 1910, p. 574.
- BARROUS. — The surgical treatment of prolapse of uterus. *New-York, State Med. Journ.*, 1913, p. 32.
- BÉGOUIN. — Congrès de chirurgie, 1923.
- BERNARD. — Surgical treatment of uterus prolapse. *Schweizen Med. Woch.*, 9 avril 1927, p. 351.
- BONNAL. — Traitement chirurgical des prolapsus chez les femmes âgées. *Marseille médical*, 1^{er} janv. 1927.
- BORCQ et NORA. — L'opération de choix dans le traitement du prolapsus génital des femmes âgées. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, oct. 1927, p. 694.
- BROSE. — Un cas de colpectomie sur prolapsus utérin. *Zeitsch. f. Gebrurth un Gyn.*, t. XXXIX, p. 354.
- BULLARD. — A study of end results of operations for uterine prolapse at the women's hospit. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, Saint-Louis, 1926.
- BLANC (L.). — Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes par l'occlusion vulvaire. *Loire médicale*, 15 juin 1910.
- CAFFEAU. — Contribution à l'étude du prolapsus utérin sénile. Thèse Paris, 1924.
- COTTAM. — The surgical treatment of uterine prolapse. *J. Iowa Med. Ded. Soc.*, 1913-1914, p. 547.
- COTTE. — Colpectomie totale. *Lyon chirurgical*, juill.-août, 1923.

- CRAMER. — Beitrag zur Radikal operative des prolapsus. *Arch. f. Gynak.*, 1913, p. 244.
- CUMSTON. — The Surgical treatment of prolapsus uteri with spécial reference to the colpectomy. *Amer. med. Journ.*, 1905, p. 816.
- DESMARETS. — La colpectomie totale dans le traitement des grands prolapsus génitaux. *Amer. Journ. of Surg.*, nov. 1920.
- DIETRICH. — Le traitement des prolapsus utérins. *Klin. Woch.*, 4 mars 1924.
- DODERLEIN. — Zum technik der vaginalen total extirpation. *Centralbl. f. Gynak.*, 1897, p. 74.
- DUJARRIER et LARGET. — Technique opératoire de la colpectomie totale dans les prolapsus complets des femmes âgées. Opération de Muller. *Journ. de chir.*, Paris, mars 1925.
- DELIVET. — De la colpectomie totale. Thèse Paris, 1919-1920.
- FALLEMBERG. — Colpectomie pour prolapsus. *Beitrag zur Geburts und Gynak.*, 1902, p. 8.
- FREUND. — Ueber moderne prolapsus operationen. *Centralbl. f. Gynak.*, 1903, p. 441.
- GASTON. — L'opération des Muller dans les grands prolapsus utérins. Thèse Paris, 1910.
- GIEL. — Opération pour prolapsus utérins. *The med. J. of Australia*, janv. 1924.
- GRAD. — Results of 53 prolaps operations. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, 1924.
- HARTMAN. — La colpectomie totale dans les prolapsus des femmes âgées. *Gyn. et obst.*, Paris, 1925.
- HOLST (von). — Sur le traitement opératoire des prolapsus utérins. *Centralbl. fur. Gynak.*, févr. 1912.
- JACOB. — Contribution à l'étude du traitement des prolapsus complets par la colpectomie totale. Thèse Paris, 1921.
- JAGOT. — La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse Paris, 1929.
- KOENIG. — P. Muller's method of colpectomy for uterine prolapse. *Journ. of obst. and gyn. of Brit. Emp.*, sept. 1903.
- KRUKOWA. — De la colpectomie totale. Thèse Berne, 1921.

- MAMOURIAN. — Cure radicale de l'utérus prolabé chez les vieilles femmes. *Brit. med. Journ.*, 1924.
- MULLER. — Demonstrationen einer neuen Prolapsoperation. *Corresp. blatt. f. Schweiz.*, 1903, p. 663.
- POUKRATZ. — Prolapsus operationen und ihre resultate. Thèse Munich, 1912.
- PAULACION. — Various operations in uterus prolapse. *Med. Ibera*, 18 sept. 1926, p. 209.
- REIS et BAER. — Results of 212 cases of prolapse operations. *Amer. Journ. of Obst. and gyn.*, nov. 1928.
- SAVARIAUD. — Opération de Muller pour les prolapsus, ou colpectomie. *Ann. gyn. et obst.*, 1906.
- Soc de chir., 1919.
- Congrès de chirurgie, 1923.
- SEBEROFF. — Excision de l'utérus et du vagin dans les prolapsus des vieilles femmes. *Varch. dielo*, 1929.
- TUZZI. — Expirpatione della vagina et dell'utero. *Ann. di Obst. di Milano*, 1899, p. 137.
- VIGNARD. — Une opération bénigne pour les prolapsus des vieilles femmes. *Gaz. méd. de Nantes*, 1908.
- VINEBERG. — Les résultats éloignés des différents procédés opératoires appliqués aux prolapsus utérins. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, nov. 1912.
- WORMSER. — Zur P. Mullers chen Prolapsoperationen. *Centralbl. f. gynak.*, 1899, p. 12.
- WORMSER. — Prolapsoperationen. bei altiren Foranen. *Corresp. Blatt zur Schweiz Aørzte*, 10 août 1921.

